

**КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
«ТУРУХАНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»**

**П Р И К А З**

01.03.2023г.

с. Туруханск

№ 152

На основании приказа МЗ Красноярского края № 155-орг от 07.02.23г. в целях организации оказания паллиативной медицинской помощи детям, нуждающимся в соответствующей медицинской помощи и проживающим на территории обслуживания КГБУЗ «Туруханская РБ»

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Назначить ответственным за оказание паллиативной медицинской помощи детям врачей участковых педиатров, врача районного педиатра Шихову Н.С.
2. Организовать оказание паллиативной медицинской помощи детям согласно приложению №1 к настоящему приказу «Мероприятия по организации паллиативной медицинской помощи детям».
3. Врачам участковым педиатрам, соответственно участкам, провести учёт детей нуждающихся в паллиативной медицинской помощи. Провести актуализацию данных с внесением в регистр паллиативных пациентов. В случаях признания детей нуждающимися в оказании паллиативной медицинской помощи, внести данные в регистр не позднее 3 рабочих дней от вынесения заключения ВК.
4. Представлять медицинские документы детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи на врачебную комиссию и оформления заключения врачебной комиссии по форме приложения №2 к мероприятиям по организации паллиативной медицинской помощи детям.
5. Врачам участковым педиатрам осуществлять направление детей по медицинским показаниям (Приложение №1 к мероприятиям по организации паллиативной медицинской помощи детям) в отделения паллиативной медицинской помощи. Обслуживание детей нуждающихся в технических средствах медицинских изделий, предназначенных для использования на дому и переданных пациентам осуществлять согласно утверждённого перечня (Приложение № 5 к мероприятиям по организации паллиативной медицинской помощи детям).

6. Мероприятия паллиативной медицинской помощи детям после постановки ребёнка на учёт и согласования с семьёй нужд и потребностей могут оказываться дистанционно в режиме теле- и видеоконсультаций. Согласно приложению №2 к настоящему приказу «Мероприятия по организации работы выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи детям».
7. Организация проведения ИВЛ проводится соответственно приложению №3 к настоящему приказу «Мероприятия по организации проведения ИВЛ на дому при оказании паллиативной медицинской помощи».
8. Направление пациентов для оказания паллиативной специализированной медицинской помощи детям в стационарных условиях с Туруханского района осуществлять в КГКУЗ «Красноярский краевой специализированный дом ребёнка №3» (г.Красноярск ул. Шевченко 30А Телефон: 8(391)266-98-83).
9. Ведущему программисту Кунстман В.Н. поместить данный приказ и информацию о порядке оказания паллиативной медицинской помощи детям на официальный сайт КГБУЗ «Туруханской РБ».
10. С настоящим приказом ознакомить всю педиатрическую службу КГБУЗ «Туруханской РБ».
11. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя главного врача по медицинскому обслуживанию Миллер Е.И.

Главный врач



Д.А. Рощупкин



Приложение № 1  
к приказу министерства  
здравоохранения  
Красноярского края  
от 04.02.23 № 155-срз

## **Мероприятия по организации оказания паллиативной медицинской помощи детям**

1. Выявление детей, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи (далее – дети, ребенок), осуществляется краевыми государственными учреждениями здравоохранения, оказывающими первичную медико-санитарную, специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь (далее – учреждения).

2. Наличие у ребенка медицинских показаний для оказания ему паллиативной медицинской помощи определяется врачебной комиссией учреждения с участием врача паллиативной помощи (далее – ВК) по направлению лечащего врача ребенка. При отсутствии в медицинской организации врача по паллиативной медицинской помощи учреждение направляет заключение ВК о наличии медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи ребенку главному внештатному специалисту по паллиативной медицинской помощи детям министерства здравоохранения Красноярского края (далее – внештатный специалист) с использованием канала защищенной связи (VIPNet): «Краевое государственное казенное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой специализированный дом ребенка № 3».

Лечащий врач ребенка принимает решение о направлении ребенка на ВК при наличии у ребенка медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи согласно приложению № 1.

3. По результатам заседания ВК оформляется заключение о наличии/отсутствии медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи ребенку согласно приложению № 2.

При наличии у ребенка медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи оформляется информированное добровольное согласие пациента (его законного представителя) на медицинское вмешательство (получение паллиативной медицинской помощи) (далее – согласие) согласно приложению № 3.

Заключение оформляется в 3-х экземплярах (один экземпляр вносится в медицинскую документацию ребенка, второй экземпляр направляется в выездную патронажную службу, третий экземпляр передается законному представителю ребенка).

4. Учреждение, выявившее ребенка, в течение трех рабочих дней с даты оформления заключения вносит информацию о ребенке в регистр паллиативных пациентов на сайте краевого государственного



бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр» с использованием канала защищенной связи (VIPNet) с прикреплением заключения и согласия в сканированном виде. Дополнительно скан – копии направляются в выездную патронажную службу паллиативной медицинской помощи детям по территориальному принципу и внештатному специалисту с использованием канала защищенной связи (VIPNet): «Краевое государственное казенное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой специализированный дом ребенка № 3».

5. В случае отказа законного представителя ребенка от предоставления ребенку паллиативной медицинской помощи оформляется отказ от медицинского вмешательства и учреждение, выявившая ребенка, вносит информацию о ребенке в регистр паллиативных пациентов с отметкой об отказе.

6. Нуждаемость ребенка в обеспечении медицинскими изделиями для использования на дому и их перечень определяются ВК учреждения с привлечением сотрудника патронажной службы паллиативной медицинской помощи детям или внештатного специалиста.

Учреждение оформляет заявку о нуждаемости ребенка, получающего паллиативную медицинскую помощь, в медицинских изделиях и расходных материалах (далее – заявка) для использования на дому согласно приложению № 4.

Заявка, сформированная по перечню, утвержденному приказом от 31.05.2019 № 348н, в течение 3 рабочих дней направляется в выездную патронажную службу.

7. В случае нуждаемости ребенка в аппарате искусственной вентиляции легких или медицинской кровати, а также в медицинских изделиях их совместного использования, дополнительно оформляется информированное согласие законных представителей ребенка на медицинское вмешательство (проведение ИВЛ на дому), а также анкета о состоянии домашних условий ребенка.

Отказ от заполнения согласия и анкеты фиксируется в медицинской документации учреждения и является основанием для отказа в обеспечении этими медицинскими изделиями на дому.

ВК оформляет решение об отказе учреждения передавать медицинское изделие для использования на дому на основании отказа законного представителя ребенка от подписания согласия или анкеты.

8. Учреждения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь детям, в рамках оказания паллиативной первичной медицинской помощи осуществляют:

- выявление детей с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями или состояниями, нуждающимися в оказании паллиативной медицинской помощи;



- проведение первичного осмотра в течение 2-х рабочих дней после обращения и (или) получения ребенком медицинского заключения о наличии медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи;

- динамическое наблюдение за ребенком;

- лечение болевого синдром и других тяжелых проявлений заболевания;

- назначение с целью обезболивания наркотических средств и психотропных веществ, включенных в списки II и III Перечня наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;

- направление детей в медицинские организации для оказания медицинской помощи в условиях стационара при наличии медицинских показаний, в том числе на высокотехнологичную медицинскую помощь;

- направление ребенка на медико-социальную экспертизу с целью установления инвалидности и обеспечения техническими средствами реабилитации;

- консультации детей врачами-специалистами по профилю основного заболевания и врачами иных специальностей;

- информирование ребенка (законного представителя, родственника, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом) о характере и особенностях течения заболевания с учетом этических и моральных норм, уважительного и гуманного отношения к ребенку, его родственникам и близким;

- обучение ребенка, его законного представителя, родственников, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом, мероприятиям по уходу;

- содействие в направлении в организацию социального обслуживания, осуществление взаимодействия с работниками, осуществляющими социальное обслуживание детей, нуждающихся в обслуживании на дому, с целью выполнения рекомендаций по лечению и уходу за такими детьми;

- консультирование лиц, осуществляющих уход за ребенком, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, обучение их навыкам ухода;

- оказание психологической помощи детям, нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи и членам их семей.

9. С целью обеспечения преемственности оказания паллиативной медицинской помощи информация о ребенке и его потребность в обеспечении медицинскими изделиями для использования на дому передаются во взрослый паллиативный координационный центр посредством защищенной сети (VipNet) на адрес: «Краевое государственное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная больница №2» - Паллиативная служба не позднее чем за 12 месяцев до достижения ребенком возраста 18 лет.

Заместитель министра здравоохранения  
Красноярского края



М.Ю. Бичурина

*Приложение № 1  
к мероприятиям по организации  
паллиативной медицинской  
помощи детям*

**Медицинские показания  
для направления ребенка на врачебную комиссию для определения  
наличия медицинских показаний для оказания  
паллиативной медицинской помощи**

1. Клинические критерии: оценка состояния ребенка и траектории болезни (с одним и тем же основным соматическим диагнозом один ребенок будет нуждаться в паллиативной помощи, а другой – нет).

1 этап – использование шкалы PaPaSScale (версия 3, 2013 год):

если сумма баллов менее 10 – ребенок не нуждается в паллиативной помощи;  
если сумма баллов более 25 – ребенок однозначно нуждается в паллиативной помощи и выносится на врачебную комиссию;  
если сумма баллов от 10 до 24 – ребенок может нуждаться в паллиативной помощи, вынесение на врачебную комиссию.

Блоки	Описание	Характеристика	Баллы
Блок 1	Траектория болезни и влияние на ежедневную активность ребенка		
1.1.	Траектория болезни и влияние на ежедневную активность ребенка (по сравнению с собственной средней активностью)	Стабильное состояние	0
		Медленное прогрессирование болезни без влияния на ежедневную активность ребенка	1
		Нестабильное состояние влияет на ежедневную активность и ограничивает её	2
		Значительное прогрессивное ухудшение состояния с тяжелыми ограничениями ежедневной активности	4
1.2.	Увеличение количества госпитализаций в последний год (по сравнению с	Нет	0
		Да	3



	предыдущим периодом)		
Блок 2	Предполагаемый исход лечения основного заболевания и тяжесть побочных эффектов лечения		
2.1.	Лечение основного заболевания (данный пункт не относится к лечению осложнений и сопутствующей патологии, например, боли, диспноэ, пр.)	куративное	0
		не излечивает, контролирует болезнь и продляет жизнь с хорошим качеством жизни	1
		не излечивает и не контролирует болезнь, но оказывает положительный эффект на качество жизни	2
		не излечивает, не контролирует болезнь и не оказывает эффекта на качество жизни	4
2.2.	Побочные эффекты (имеются ввиду побочные эффекты лечения и дополнительное негативное влияние лечения в виде вынужденного нахождения в больнице, пр.)	Нет	0
		Низкий уровень	1
		Средний уровень	2
		Высокий уровень	4
Блок 3	Симптомы и другие проблемы		
3.1.	Интенсивность симптомов или сложность контроля симптомов (как минимум последние 4 недели)	Нет симптомов	0
		Симптомы слабо выражены и легко контролируются	1
		Один из симптомов выражен умеренно и контролируется	2
		Один из симптомов очень тяжелый и тяжело контролируется (часто приводит к незапланированным госпитализациям)	4

		или вызовам врача, кризисным состояниям)	
3.2.	Психологический дистресс пациента из-за наличия симптомов	Нет	0
		Легкий	1
		Умеренный	2
		Значительный	4
3.3.	Психологический дистресс родителей или ухаживающего персонала из-за симптомов или страданий ребенка	Нет	0
		Легкий	1
		Умеренный	2
		Значительный	4
Блок 4	Предпочтения / потребности пациента или родителей (ухаживающего персонала)		
	Предпочтения медицинских и других специалистов		
4.1.	Пациент / родители хотят получать паллиативную помощь или формулируют потребности, которые лучше всего покрываются паллиативной помощью	Нет	0 – ответьте на вопрос 4.2.
		Да	4 – не отвечайте на вопрос 4.2.
4.2.	Вы или Ваша команда чувствуют, что этому пациенту показано оказание паллиативной помощи	Да	4
		Нет	0
Блок 5	Предполагаемая продолжительность жизни		
5.1.	Предполагаемая продолжительность жизни	Годы	0 – ответьте на вопрос 5.2.
		От месяца до 1-2 лет	1 – ответьте на вопрос 5.2.



		Недели – несколько месяцев	3 – не отвечайте на вопрос 5.2.
		Дни – недели	4 – не отвечайте на вопрос 5.2.
5.2.	«Удивитесь ли Вы, если данный ребенок внезапно умрет в ближайшие 6-12 месяцев?»	Да	0
		Нет	2
Общий балл			

2 этап– использование классификации клинических осложнений для «промежуточной группы» по шкале PaPaSScale, набравшей от 10 до 24 баллов:

- если ребенок не имеет ни одного признака из групп А, Б, Д или только один признак из групп В или Г – он скорее всего не нуждается в паллиативной помощи.

Группа клинических осложнений	Подгруппа клинических осложнений
А – дыхательная система	Дыхательная система (трахеостома и/или ИВЛ)
Б – нутритивный статус	Нутритивный статус (боль или беспокойство, ассоциированное с кормлением; необходимость в постоянном снижении объема кормления)
В – судороги	Судороги (плохой контроль судорог / спастики, несмотря на большое количество лекарств; частое возникновение кризисных ситуаций: судороги более 5 мин, требуют экстренного введения противосудорожных; эпизоды эписатуса, требующие госпитализации)
Г – спастика, моторная активность	Спастика – моторная активность (спастический тетрапарез / вовлечение всего тела)

Д – другая неврологическая симптоматика	Другая неврологическая симптоматика (бульбарный / псевдобульбарный / нарушения – проблемы с глотанием, поперхивания, кашель на еду)
---	---

В качестве критериев, определяющих с высокой степенью вероятности необходимость оказания паллиативной помощи детям с неонкологическим заболеванием, рекомендуются:

- со стороны дыхательной системы: наличие трахеостомы, нуждаемость в искусственной вентиляции легких (инвазивной/неинвазивной) и/или кислородной поддержке; частые или участвовавшие инфекции дыхательных путей и/или госпитализация в ОРИТ из-за инфекции дыхательных путей;

- со стороны желудочно-кишечного тракта – наличие стом и/или назогастрального зонда.

- со стороны нервной системы: резистентные судороги и/или спастика, требующие экстренного введения противосудорожных препаратов или приводящие к развитию эпистатуса/требующие госпитализации; наличие бульбарного/псевдобульбарного синдрома;

- со стороны моторной активности – спастическая квадриплегия/тетрапарез; зависимость от инвалидной коляски / ухаживающего лица.

2. Прогностический подход: прогноз времени выживаемости и хронологические характеристики ухудшения качества жизни. На основании прогностического подхода пациента необходимо относить к одной из 4 клинических групп. Группу заболеваний целесообразно указывать в заключении ВК.

1 группа – у ребенка угрожающее жизни заболевание, радикальное лечение которого оказалось или может оказаться для пациента безуспешным: рефрактерные и рецидивирующие злокачественные новообразования, хроническая почечная недостаточность и другое заболевание, от которого ребенок, скорее всего, умрет.

2 группа – у ребенка заболевание или состояние, которое требует длительного интенсивного лечения для продления жизни с высокой вероятностью летального исхода: первичные иммунодефицитные состояния, муковисцидоз, глубокая недоношенность и другое заболевание, от которого ребенок может умереть с высокой вероятностью.

3 группа – у ребенка прогрессирующее заболевание, для которого не существует радикального излечения, с момента установления диагноза объем терапии является паллиативным: неоперабельные солидные опухоли, нервно-мышечные заболевания, нервно-дегенеративные заболевания, хромосомные аномалии, генетические болезни и т.п. – заболевание, от которого ребенок неизбежно умрет.



4 группа – у ребенка необратимое, но не прогрессирующее заболевание с тяжелой формой инвалидности и подверженностью осложнениям: тяжелые проявления неврологического дефицита после радикальных онко-нейрохирургических вмешательств, тяжелые формы ДЦП, последствия спинальной травмы, асфиксии и другие.

### 3. Нозологический подход:

При нозологическом подходе показания к паллиативной помощи определяют на основе МКБ-10.

Нозологические группы и коды болезней по методике ICPCN/UNICEF	Группы болезней с кодами по Ф121 для распространенности или С-512 для смертности	Эквивалентный код по МКБ-10
Злокачественные новообразования (ЗН)	ЗН (3.1)	C00-C97
ВИЧ/СПИД	ВИЧ/СПИД (43)	B20-B24
Болезни сердечно-сосудистой системы (ССС)	Болезни системы кровообращения	
	Кардиомиопатия (10.6.3)	I42
	Внутричерепное и другое внутримозговое кровоизлияние (10.7.2)	I61, I62
	Инфаркт мозга (10.7.3)	I63
	Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт (10.7.4)	I64
	Тромбоз портальной вены (10.8.2)	I81
Циррозы печени; неинфекционные энтериты и колиты	Хронические ревматические болезни сердца (10.2)	I05-I09
	Неинфекционные энтерит и колит (12.4)	K50-K52
Врожденные пороки развития	Фиброз и цирроз печени (12.7.1)	K74
	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	

(ВПР)	Врожденные аномалии развития нервной системы (18.1)	Q00-Q07
	Врожденные аномалии системы кровообращения (18.3)	Q20-Q28
	Врожденный ихтиоз (18.7)	Q80
	Нейрофиброматоз (18.8)	Q85.0
Болезни крови, эндокринной и иммунной систем	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	
	Апластическая анемия (4.1.1)	D60-D61
	Отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (4.3)	D80-D89
	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	
	Фенилкетонурия (5.10)	E70.0
	Галактоземия (5.11)	E74.2
	Болезнь Гоше (5.12)	E75.2
	Мукополисахаридозы (5.13)	E76
	Муковисцидоз (5.14)	E84
	Системные поражения соединительной ткани (14.2)	M30-M35
Менингиты	Менингит, за исключением менингита при инфекционных и паразитарных заболеваниях. Другие воспалительные болезни центральной нервной системы (106,107)	G00-G09
Болезни почек	Болезни мочеполовой системы (15.0)	N00-N99
	Почечная недостаточность (15.2)	N17-N19
Недостаточность питания	Недостаточность питания (94)	E40-E46



Неврологические состояния	Болезни нервной системы (108-117)	G10-G98
	Искл. эпилепсия и эпилептический статус (111)	G40-G41
Болезни неонатального периода	Отдельные состояния, возникающие в неонатальном периоде (17.0)	P00-P96
Туберкулез (1,417% – фармакорезистентный туберкулез)	Туберкулез всех форм (9-11)	A15-A19

*Приложение № 2  
к мероприятиям по организации  
паллиативной медицинской  
помощи детям*

**Заключение врачебной комиссии  
о наличии/отсутствии медицинских показаний для оказания ребенку  
паллиативной медицинской помощи**

I. Сведения о пациенте:

1. ФИО ребенка (полностью): \_\_\_\_\_

2. Дата рождения: \_\_\_\_\_

Возраст (полных лет или месяцев): \_\_\_\_\_

3. Адрес постоянного места жительства (по регистрации): \_\_\_\_\_

4. Адрес фактического проживания в настоящее время: \_\_\_\_\_

5. Свидетельство о рождении или паспорт пациента (серия, номер, дата и место выдачи) \_\_\_\_\_

6. Полис обязательного медицинского страхования (серия, номер, дата выдачи): \_\_\_\_\_

7. Удостоверение ребенка-инвалида (номер, дата выдачи): \_\_\_\_\_

8. Наименование и адрес территориальной поликлиники, в которой наблюдается ребенок: \_\_\_\_\_

II. Сведения о заболевании:

1. Клинический диагноз (код МКБ)

Основной \_\_\_\_\_

сопутствующий \_\_\_\_\_

осложнения \_\_\_\_\_

2. Анамнез основного заболевания (указать динамику течения) \_\_\_\_\_

3. Объем и характер проведенного лечения (основные этапы) \_\_\_\_\_

4. Объективный статус пациента по органам и системам в настоящий момент. \_\_\_\_\_

5. Группа заболеваний, подлежащих паллиативной медицинской помощи, к которой относится данный пациент (подчеркнуть необходимое):

- группа – угрожающие жизни заболевания, радикальное лечение которых оказалось для пациента безуспешным;

- группа – заболевания, требующие длительного интенсивного лечения для продления жизни с высокой вероятностью неблагоприятного исхода;



- группа – прогрессирующие заболевания, для которых не существует радикального излечения, и с момента установления диагноза объем терапии является паллиативным;

- группа – необратимые, но не прогрессирующие заболевания пациентов с тяжелыми формами инвалидности и подверженностью осложнениям.

III. Заключение комиссии:

1. Обоснование причин полной исчерпанности радикальной терапии или ее изначальной невозможности.

2. Признать нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи.

3. Рекомендуемая форма организации паллиативной помощи для пациента в настоящее время (подчеркнуть и обосновать выбор):

- амбулаторная:

- стационарная:

Подписи членов комиссии:

Руководитель медицинской организации (или его заместитель):

Заведующий отделением:

Лечащий врач-специалист по профилю заболевания:

Дата, место печати:

Согласие родителей на оказание паллиативной помощи \_\_\_\_\_

Согласен/не согласен

ФИО родителя/законного представителя

Дата

Заключение получено (родителем, законным представителем - указать, кем именно) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)

Дата, подпись

*Приложение № 3  
к мероприятиям по организации  
паллиативной медицинской  
помощи детям*

**Информированное добровольное согласие на медицинское  
вмешательство (оказание ребенку паллиативной медицинской помощи)**

Я \_\_\_\_\_  
(ФИО родителей/законного представителя)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г., зарегистрированный (ая) по адресу \_\_\_\_\_  
(дата рождения)

Ознакомлен(а) с заключением врачебной комиссии о наличии  
у ребенка

\_\_\_\_\_ (ФИО ребенка, дата рождения)  
показаний к оказанию паллиативной медицинской помощи.

Подтверждаю, что я получил(а) полную информацию о заболевании, объеме проведенного лечения, текущем клиническом состоянии ребенка, вероятном прогнозе его заболевания, сопутствующих состояниях и осложнениях.

Мне понятно, что основной целью лечения ребенка в настоящее время является поддержание максимального высокого качества его жизни. Мне известно, что эта цель может быть достигнута путем оказания паллиативной медицинской помощи, включающей заботу о физических, психологических, социальных и духовных потребностях ребенка и членов его семьи.

Я согласен (согласна) на оказание моему ребенку паллиативной медицинской помощи, направленной на улучшение качества его жизни.

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (ФИО законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (ФИО лечащего врача)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (ФИО зав отделением)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата)



*Приложение № 4  
к мероприятиям по организации  
паллиативной медицинской  
помощи детям*

**Заявка о нуждаемости ребенка, получающего паллиативную медицинскую  
помощь на дому, в медицинских изделиях и расходных материалах**  
Учреждение здравоохранения \_\_\_\_\_

№ п/п	Наименование медицинских изделий	Обоснование нуждаемости в данном МИ	Количество	ФИО ребенка, нуждающегося в данном оборудовании	Территория (город, населенный пункт) проживания ребенка	ФИО лечащего врача, телефон

Главный врач \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Исполнитель: ФИО полностью, должность \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Приложение № 2  
к приказу министерства  
здравоохранения  
Красноярского края  
от 07.02.23 2023 № 155-ор

**Мероприятия по организации работы  
выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи  
детям**

1. Выездная патронажная служба паллиативной медицинской помощи детям (далее – выездная служба) является структурным подразделением медицинской организации, оказывающей паллиативную специализированную медицинскую помощь детям, в том числе проживающим в стационарных организациях социального обслуживания, и создается в целях оказания паллиативной специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях детям, в том числе проживающим в стационарных организациях социального обслуживания.

Информация о выездной службе размещается на сайте медицинской организации.

2. Выездная служба осуществляет:

- оказание паллиативной специализированной медицинской помощи на дому и в стационарных организациях социального обслуживания детям с неизлечимыми, угрожающими жизни и ограничивающими жизнь заболеваниями;

- динамическое наблюдение за детьми, нуждающимися в оказании паллиативной специализированной медицинской помощи на дому и в стационарных организациях социального обслуживания;

- оказание психологической и социальной помощи детям с неизлечимыми, угрожающими жизни заболеваниями и членам их семей;

- проведение комплексных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни детей и членов их семей, в том числе консультирование членов семей и лиц, осуществляющих уход за детьми, обучению их навыкам ухода за детьми;

- оказывает содействие в оформлении документов с целью проведения медико-социальной экспертизы и установления инвалидности, обеспечении техническими средствами реабилитации;

- оказание иной помощи детям и членам их семей, включая необходимое взаимодействие с органами и организациями системы образования и социального обслуживания;

- помощь и сопровождение семьи в период переживания утраты (после смерти ребенка);



- осуществление учета детей, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, с применением медицинской информационной системы медицинской организации;

- направление детей при наличии медицинских показаний, в том числе проживающих в стационарных организациях социального обслуживания, в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях;

- назначение с целью обезболивания наркотических средств, психотропных веществ, включенных в списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;

- взаимодействие с организациями социального обслуживания, общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.05.2019 №345н/372н «Об утверждении положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья;

Медицинские показания к оказанию специализированной паллиативной медицинской помощи детям в выездной патронажной службе:

- болевой синдром, требующий назначения и индивидуального подбора дозы наркотических лекарственных препаратов, а также текущей оценки эффективности обезболивания;

- терминальное состояние ребенка при отказе его законных представителей от госпитализации;

- необходимость динамического контроля трудно купируемых тяжелых проявлений заболевания;

- отсутствие возможности осуществить мероприятия психологического характера медицинской организацией, оказывающей первичную паллиативную медицинскую помощь;

- необходимость обучения родителей (законных представителей) ребенка навыкам ухода за ним, включающим использование медицинских изделий,

3. Структура и штатная численность, режим работы выездной службы определяются медицинской организацией исходя из объема лечебно-диагностической работы и численности пациентов.

4. Количество визитов должно составлять не менее 2 визитов в день (врач, медицинская сестра), психолог и социальный работник осуществляют визиты по запросу семьи. Длительность визита специалистов определяется индивидуально.



5. При поступлении заключения врачебной комиссии о наличии у ребенка медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи выездная служба осуществляет его регистрацию и принимает ребенка на учет.

6. Первый визит в семью осуществляется не позднее 7 (семи) рабочих дней с даты регистрации заключения.

В ходе визита уточняются запросы и потребности ребенка и семьи, согласовывается график дальнейших посещений, который составляется с учетом медицинских и социальных показаний ребенка.

По итогам визита составляется индивидуальный план ведения пациента, согласно приложению № 1, в 3-х экземплярах. Один экземпляр передается участковому педиатру, который наблюдает ребенка по месту жительства, второй экземпляр передается родителям (законным представителям ребенка), третий экземпляр вносится в медицинскую карту ребенка выездной службы.

7. Визиты в семью осуществляются как отдельными специалистами выездной службы, так и совместно по заранее согласованному с семьей графику. При проживании ребенка в районах, отдаленных от медицинской организации, после постановки ребенка на учет и согласования с семьей нужд и потребностей, паллиативная медицинская помощь может оказываться дистанционно в режиме теле- и видеоконсультаций;

7.1. Выездная служба предоставляет ребенку медицинские изделия, предназначенные для поддержания функций органов и систем организма человека, по перечню согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.05.2019г. №348н «Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому», формирует и своевременно актуализирует список детей, перечень медицинских изделий, в том числе для использования на дому, организует учет переданных медицинских изделий;

7.2. Передача медицинских изделий осуществляется согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.07.2019 № 505н «Об утверждении Порядка передачи от медицинской организации пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи»;

7.3. Передача медицинских изделий пациенту (его законному представителю) осуществляется выездной службой на основании договора безвозмездного пользования медицинскими изделиями для оказания паллиативной медицинской помощи на дому;

7.4. Выездная служба обеспечивает передачу медицинских изделий, предназначенных для использования на дому, законным представителям ребенка, после их обучения навыкам использования медицинскими изделиями, навыкам ухода за ребенком;



7.5. Выездная служба обеспечивает мониторинг грамотности использования законными представителями медицинских изделий, предназначенных для использования на дому, очные и заочные консультации по использованию медицинских изделий, в том числе по телефону;

7.6. В случае передачи медицинских изделий в безвозмездное пользование ребенку (его законному представителю) для использования на дому заключается трехсторонний договор между законным представителем ребенка, медицинской организацией, оказывающей выездную паллиативную специализированную помощь детям и медицинской организацией, ответственной за техническое обслуживание медицинских изделий.

7.7. В случае смерти ребенка или отсутствия нужды в полученных медицинских изделиях медицинские изделия передаются законным представителем ребенка в выездную патронажную службу на основании подписанного сторонами акта возврата;

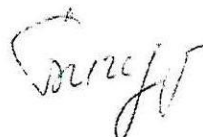
7.8. С целью обеспечения преемственности оказания паллиативной медицинской помощи информация о ребенке и потребность его в обеспечении медицинскими изделиями передаются во взрослый паллиативный координационный центр посредством защищенной сети (VipNet) на адрес: «Краевое государственное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная больница №2» - Паллиативная служба не позднее чем за 12 месяцев до достижения ребенком возраста 18 лет.

8. На каждого ребенка, состоящего на учете в выездной службе, оформляется медицинская карта ребенка (приложение № 2).

9. Медицинская организация, в структуре которой осуществляет деятельность выездная служба, ежемесячно в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным, представляет информацию о деятельности выездной службы по форме согласно приложению № 3 по адресу электронной почты: [easevchuk@mail.ru](mailto:easevchuk@mail.ru).

10. Маршрутизация выездных служб при оказании паллиативной специализированной медицинской помощи детям в амбулаторных условиях, в том числе проживающих в стационарных организациях социального обслуживания, осуществляется согласно приложению № 4.

Заместитель министра здравоохранения  
Красноярского края



М.Ю. Бичурина

*Приложение № 1  
к мероприятиям по организации  
работы выездной патронажной  
службы паллиативной  
медицинской помощи детям*

**Индивидуальный план ведения ребенка, нуждающегося в оказании  
паллиативной помощи**

Ф.И.О ребенка \_\_\_\_\_

Проживающему (ей) \_\_\_\_\_

(адрес места жительства или места пребывания в настоящее время)

Клинический диагноз (код МКБ):

Основной \_\_\_\_\_

Сопутствующий \_\_\_\_\_

Осложнения \_\_\_\_\_

Вес \_\_\_\_\_ кг; Рост \_\_\_\_\_ см; окружность головы \_\_\_\_\_ см

Группа паллиативной медицинской помощи \_\_\_\_\_

План лечения (подробно, дозы, кратность, путь введения)

Питание (нужное подчеркнуть):

1. Через рот; 2. Через назогастральный зонд; 3. Через гастростому

План питания

Калорий в сутки \_\_\_\_\_ Кратность кормления \_\_\_\_\_ раз в сутки

Объем одного кормления в \_\_\_\_\_ мл Длительность кормления в \_\_\_\_\_ мин

Дополнительная жидкость между кормлениями в \_\_\_\_\_ мл

Кратность \_\_\_\_\_ раз в сутки

Дополнительная

информация \_\_\_\_\_

План ухода

Рекомендуемый список специалистов для амбулаторного наблюдения и  
периодичность осмотров (наблюдение по месту жительства)

План социально-психологического сопровождения

Необходимость в изделиях медицинского назначения



Концентратор кислорода \_\_\_\_\_ Электроотсос \_\_\_\_\_  
Размер катетера для аспирации \_\_\_\_\_ Ингалятор \_\_\_\_\_  
Противопролежневый матрац \_\_\_\_\_  
Медицинская функциональная кровать \_\_\_\_\_  
Коляска инвалидная \_\_\_\_\_  
Прочее \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Рекомендации по оказанию медицинской помощи в стационарных условиях \_\_\_\_\_

Алгоритм действия в кризисных ситуациях

Данные родителя или законного представителя \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. контактный телефон)

Участковый педиатр \_\_\_\_\_

Участковая медсестра \_\_\_\_\_

Другие \_\_\_\_\_

Краткое описание динамики заболевания и жалобы/ статус в настоящее время \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Экстренные ситуации

1. \_\_\_\_\_

Алгоритм ведения подробно \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Алгоритм ведения подробно \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Алгоритм ведения подробно \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Приложение № 2  
к мероприятиям по организации  
работы выездной патронажной  
службы паллиативной  
медицинской помощи детям

Медицинская карта ребенка № \_\_\_\_\_

Дата оформления карты

Дата выбытия

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20

Общие сведения о ребенке

Дата \_\_\_\_\_

1. Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_

3. Адрес постоянного или временного проживания (подчеркнуть):

почтовый индекс \_\_\_\_\_

город \_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_

дом \_\_\_\_\_

корпус \_\_\_\_\_

квартира \_\_\_\_\_

4. Диагноз:

Код по МКБ 10

Основной:

Сопутствующий: \_\_\_\_\_

5. Страховой медицинский полис (наименование компании, номер, дата выдачи)

6. Документ, подтверждающий наличие инвалидности: МСЭ

№ \_\_\_\_\_, Серия \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_,

выдан Филиал № \_\_\_\_\_

7. Документ удостоверяющий личность ребенка \_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ Кем выдан \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

8. Социально-бытовой статус

Ребенок:

-родной / усыновленный (дата \_\_\_\_\_) / опека (дата \_\_\_\_\_).

9. Социально-средовой статус

1) Состав семьи (количество членов семьи, проживающих на одной площади) \_\_\_\_\_

2) Социальный статус семьи: многодетная, полная/неполная, (подчеркнуть)

Сведения о близких родственниках

Родители (ФИО, год рождения, место работы,	Братья, сестры (ФИО, год рождения,	Старшее поколение (бабушки, дедушки – ФИО,
---	---------------------------------------	---



проживание с ребенком)	место учебы)	год рождения, место работы)
<u>Другие близкие, помогающие осуществлять уход за ребенком</u>		

10. Анализ социально-бытовых условий проживания:
- собственный дом (общая площадь \_\_\_\_\_ кв. м.)  
(наличие: центрального водоснабжения \_\_\_\_\_, канализации \_\_\_\_\_, отопления \_\_\_\_\_)
  - отдельная квартира (общая площадь \_\_\_\_\_ кв. м.)
  - комната в коммунальной квартире (общая площадь \_\_\_\_\_ кв. м.)
  - арендуемая квартира/комната (общая площадь \_\_\_\_\_ кв.м)

11. Психоземotionalная атмосфера в семье:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 1) Кто осуществляет основной уход за ребенком \_\_\_\_\_
- 2). Социальная активность семьи в соответствии с образом жизни (закрытость от общества и уход от контактов с внешним миром, открытость для общения с небольшим кругом близких людей, активная жизненная позиция, использование всех имеющихся возможностей для участия в общественной жизни):
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- 3). Уровень включенности ребенка в семейные мероприятия: бытовые, досуговые, спортивные, культурные и др.:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

12. Специальные сведения о ребенке с отклонениями в развитии

- 1). Общая продолжительность инвалидности: \_\_\_\_\_
- 2) Оценка уровня развития ребенка:
- физическое развитие: \_\_\_\_\_
  - психическое развитие: \_\_\_\_\_
  - эмоциональное развитие: \_\_\_\_\_
  - особенности поведения: \_\_\_\_\_
  - особенности общения: \_\_\_\_\_
  - сформированность социально-бытовых навыков: \_\_\_\_\_
- 3). Характеристика речи: \_\_\_\_\_
- 4). Обеспечение средствами реабилитации и вспомогательными техническими приспособлениями (инвалидные кресла, оборудование туалетной комнаты, дидактические игрушки, пособия, специальная литература и т. д.)
- \_\_\_\_\_

13. Организация комплексного сопровождения семьи, имеющей ребенка-инвалида. Перечень учреждений, предоставляющих комплекс реабилитационных услуг ребенку-инвалиду и его семье (городской центр, краевой центр, не получает реабилитацию) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Первичный осмотр пациента

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Жалобы \_\_\_\_\_

Анамнез vitae et morbi:

Дополнение к анамнезу заболевания:

Состояние больного удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое (подчеркнуть).  
Тяжесть обусловлена (указать) \_\_\_\_\_

Кожные покровы: без изменений, субиктеричны, иктеричны (слегка, умеренно, интенсивно), гиперемия, бледные (подчеркнуть) \_\_\_\_\_

Сыпь геморрагическая, розеолезная, пятнисто-папулезная, мелкоточечная, везикулярная (папулы, везикулы, пустулы), скудная, умеренная, обильная (подчеркнуть),

Локализация (указать) \_\_\_\_\_

Ротоглотка: слизистая (описать) \_\_\_\_\_

небные дужки \_\_\_\_\_

миндалины гипертрофированы (I, II, III степень) разрыхлены, налеты (плотные, гладкие, серые, с перламутровым оттенком, желтые, снимаются шпателем легко, с трудом, не выходит за пределы небных дужек), поверхность не кровоточит (подчеркнуть)

Uvula не отечна. Отек шейной клетчатки (отсутствует) \_\_\_\_\_

Периферические лимфатические узлы не увеличены (увеличены), локализация: \_\_\_\_\_

размер \_\_\_\_\_

плотные, эластичные, безболезненные (подчеркнуть)

Слюнные железы \_\_\_\_\_

Периферические отеки (отсутствуют) имеются (подчеркнуть).

Костно-мышечная система без особенностей, другое (указать) \_\_\_\_\_

Органы кровообращения: ЧСС: \_\_\_\_\_ уд.в мин. АД: \_\_\_\_\_ мм.рт.ст.

Перкуторно границы сердца в пределах возрастной нормы другое (указать) \_\_\_\_\_

Аускультативно тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены (подчеркнуть).

Пульс ритмичный, неудовлетворительного наполнения, неудовлетворительного напряжения, нитевидный (подчеркнуть).



Органы дыхания: ЧД: \_\_\_\_\_ в мин. Грудная клетка правильной формы, обе половины грудной клетки одинаковой участвуют в акте дыхания. Перкуторно над всеми легочными полями легочный звук, другое (указать) \_\_\_\_\_

Аускультативно дыхание везикулярное, жесткое ослаблено (подчеркнуть), другое (указать) \_\_\_\_\_

Вес (динамика) \_\_\_\_\_

Органы пищеварения: язык влажный, сухой, не обложен (подчеркнуть) \_\_\_\_\_

Живот правильной формы, не вздут, мягкий, безболезненный (подчеркнуть), другое (указать) \_\_\_\_\_

Перитонеальные симптомы отрицательные, положительные (подчеркнуть).

Окружность живота \_\_\_\_\_ см.

Печень выступает (не выступает) из-под реберной дуги \_\_\_\_\_ (см). Консистенция

Печени эластичная, умеренной плотности, плотная, мягкая; край острый, закруглен (подчеркнуть), другое (указать) \_\_\_\_\_

Селезенка \_\_\_\_\_

Стул: ежедневно, запор, жидкий (подчеркнуть), другое (указать) \_\_\_\_\_

Органы мочевого выделения: мочеиспускание (не учащено) учащено (подчеркнуть), другое (указать) \_\_\_\_\_, суточный диурез \_\_\_\_\_ (л).

Нервная система: сознание: ясное, заторможен, спутанное, отсутствует (подчеркнуть), другое (указать) \_\_\_\_\_

Чувствительные расстройства (указать) \_\_\_\_\_

Патологические симптомы (указать) \_\_\_\_\_

Болевой синдром по 10-бальной шкале (СОШ) \_\_\_\_\_ баллов.

Диагноз: \_\_\_\_\_

Указать паллиативную группу: \_\_\_\_\_

План наблюдения: \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_

Заведующий отделением \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_

Протокол  
первичного осмотра ребенка врачом-педиатром

Дата осмотра « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Жалобы, анамнез \_\_\_\_\_

Оценка основных симптомов \_\_\_\_\_ рост \_\_\_\_\_ (см) \_\_\_\_\_ масса тела \_\_\_\_\_ (кг)

<p><b>Желудочно-кишечные:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> тошнота</li> <li><input type="checkbox"/> рвота</li> <li><input type="checkbox"/> запор</li> <li><input type="checkbox"/> анорексия</li> <li><input type="checkbox"/> кахексия</li> <li><input type="checkbox"/> метеоризм</li> <li><input type="checkbox"/> другие (указать)</li> </ul> <p>_____</p>	<p><b>Дыхательные:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ЧД _____</li> <li><input type="checkbox"/> диспноэ ст.1,2,3,4</li> <li><input type="checkbox"/> кашель</li> <li><input type="checkbox"/> охриплость голоса</li> <li><input type="checkbox"/> выделение мокроты</li> <li><input type="checkbox"/> другие (указать)</li> </ul> <p>_____</p>	<p><b>Дерматологические (указать локализацию):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> опухоль</li> <li><input type="checkbox"/> пролежень</li> <li><input type="checkbox"/> зуд</li> <li><input type="checkbox"/> отек (пастозность)</li> <li><input type="checkbox"/> другие (указать)</li> </ul> <p>_____</p>
<p><b>Урологические:</b></p> <p>диурез суточный - _____ л</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> недержание мочи</li> <li><input type="checkbox"/> задержка мочи</li> <li><input type="checkbox"/> другие (указать)</li> </ul> <p>_____</p>	<p><b>Сердечно-сосудистые:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> АД _____</li> <li><input type="checkbox"/> ЧСС _____</li> <li><input type="checkbox"/> пульс _____</li> <li><input type="checkbox"/> одышка</li> <li><input type="checkbox"/> аритмия</li> <li><input type="checkbox"/> другие (указать)</li> </ul> <p>_____</p>	<p><b>Психоневрологические:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> паралич/парезы</li> <li><input type="checkbox"/> афазия, дисфагия</li> <li><input type="checkbox"/> апатия</li> <li><input type="checkbox"/> тревога (ажитация)</li> <li><input type="checkbox"/> эмоциональная лабильность</li> <li><input type="checkbox"/> дезориентация</li> <li><input type="checkbox"/> агрессия</li> <li><input type="checkbox"/> другие (указать)</li> </ul> <p>_____</p>

**План оказания паллиативной помощи**

Вид наблюдения	Лечение	Уход	Психосоциальная адаптация
<input type="checkbox"/> выездная консультативная помощь	<input type="checkbox"/> режим <input type="checkbox"/> диета <input type="checkbox"/> медикаментозное лечение <input type="checkbox"/> физиотерапия <input type="checkbox"/> психотерапия <input type="checkbox"/> консультации специалистов	<input type="checkbox"/> уход за полостью рта <input type="checkbox"/> уход за стомой <input type="checkbox"/> уход за пролежнями <input type="checkbox"/> зондовое питание <input type="checkbox"/> другое (указать) _____	<input type="checkbox"/> помощь психолога <input type="checkbox"/> привлечение волонтеров <input type="checkbox"/> представителей духовенства <input type="checkbox"/> другое (указать) _____ _____

**Медикаментозное лечение**

Дата назначения	Лекарственное средство	Доза	Кратность	Ф.И.О. врача




Другие виды лечения (указать) \_\_\_\_\_

С планом наблюдения ознакомлен (а) \_\_\_\_\_

(подпись законного представителя, либо близкого родственника)

Врач

подпись

ФИО

### Дневник динамического наблюдения

Дата осмотра \_\_\_\_\_

Состояние \_\_\_\_\_

Кожные покровы \_\_\_\_\_

Органы дыхания \_\_\_\_\_

ССС \_\_\_\_\_

ЖКТ \_\_\_\_\_

Мочевыделительная система \_\_\_\_\_

Неврологический статус \_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_

### Лист наблюдения медицинской сестрой

Дата \_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_\_

Состояние ребенка: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, агональное

Реакция на осмотр: \_\_\_\_\_

Кожные покровы: обычные, бледные, гиперемированные, желтушные, сухие, влажные

Отеки \_\_\_\_\_ локализация \_\_\_\_\_

Сыпь \_\_\_\_\_ локализация \_\_\_\_\_

АД \_\_\_\_\_ мм.рт.ст. PS \_\_\_\_\_ в мин; T \_\_\_\_\_ \*C

Дыхание \_\_\_\_\_

Санация ВДП, ТБД: да, нет.

Частота \_\_\_\_\_

Трахеостома: да, нет, кожа вокруг \_\_\_\_\_, смена повязки \_\_\_\_\_

Кормление: самостоятельное, с ложки, ч/з зонд, смена зонда \_\_\_\_\_

Объем кормления (сутки) \_\_\_\_\_ мл.  
 ч/з гастростому , кожа вокруг \_\_\_\_\_ смена повязки \_\_\_\_\_  
 Усваивает пищу: да, нет \_\_\_\_\_  
 Стул, диурез \_\_\_\_\_  
 Жалобы на момент осмотра \_\_\_\_\_  
 Объем выполненной работы \_\_\_\_\_  
 Медицинская сестра \_\_\_\_\_

Антропометрия

Дата	Окружность головы	Окружность груди	Окружность живота	Окружность плеча	Окружность бедр	Вес	Рост

Лист посещения специалиста по социальной работе  
пациента с паллиативным состоянием

Дата \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_  
 Оказанная консультативная помощь \_\_\_\_\_  
 Информационные листы, переданные родителям \_\_\_\_\_  
 Вопросы, возникшие в ходе консультации \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Специалист по социальной работе \_\_\_\_\_



*Приложение № 3*  
*к мероприятиям по организации работы*  
*выездной патронажной службы паллиативной*  
*медицинской помощи детям*

**Отчет о работе выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи детям (учреждение) \_\_\_\_\_**  
**\_\_\_\_\_ месячный / кварталный / годовой (нужное подчеркнуть)**  
**за период с \_\_\_\_\_ .20 г. по \_\_\_\_\_ .20 г.**

Наименование показателя	Всего	Всего Детей (по списку)	выбывшие дети			Число посещений на дому					
			По возрасту	Сняты с наблюдения ВК	Умершие	Педиатр	Невролог	Медицинские сестры	Специалист по социальной работе	Клинический психолог	Реаниматолог
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Всего выездов, из них:											
- первичных											
- повторных											
Проведено телеконсультаций											
Служебные поездки по краю											
Консультации по телефону											
Заболевания неврологического профиля											
ВПР и наследственные заболевания											
Онкозаболевания ВИЧ инфицирован.											
Прочие											
Всего по нозологиям:											

Исполнитель: ФИО полностью, должность \_\_\_\_\_ контактный телефон \_\_\_\_\_ электронная почта \_\_\_\_\_

*Приложение № 4  
к мероприятиям по организации  
работы выездной патронажной  
службы паллиативной  
медицинской помощи детям*

**Маршрутизация выездных служб при оказании паллиативной  
специализированной медицинской помощи детям  
в амбулаторных условиях, в том числе проживающих в стационарных  
организациях социального обслуживания**

№ п/п	Медицинское учреждение, где организована выездная патронажная служба детям	Зона обслуживания (по месту регистрации или фактического пребывания ребенка, получающего паллиативную медицинскую помощь на дому)	Фактический адрес, контактные данные медицинского учреждения, где организована выездная патронажная служба детям
1	КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская клиническая больница № 1»	Октябрьский, Железнодорожный, Центральный, Советский районы г. Красноярска	г. Красноярск, ул. Яковлева д. 27, кабинет 46 8 (391) 234-40-02 (доб. 210) Электронная почта: p2palliativ1@kdkb1.ru
2	КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская клиническая больница № 5»	Ленинский, Кировский, Свердловский районы г. Красноярска	г. Красноярск, ул. Западная, 3-а 8 (391) 201-33-60 Электронная почта: 57 alliative.kmdkb5@mail.ru
3	КГКУЗ «Красноярский краевой специализированный дом ребенка № 3»	г. Бородино*** г. Дивногорск г. Сосновоборск п. Кедровый г. Железногорск г. Зеленогорск г. Лесосибирск *** г. Игарка *** Балахтинский район Березовский район Богучанский район*** Большемуртинский район Емельяновский район	г. Красноярск, ул. Шевченко 30А. 8 (391)234-76-74 Электронная почта: deticentr.pall@mail.ru



		<p>Казачинский район***          Кежемский район***          Манский район          Мотыгинский район***          Новоселовский район***          Партизанский район***          Пировский муниципальный округ***          Рыбинский район***          Саянский район***          Северо-Енисейский район***          Сухобузимский район          Таймырский Долгано***-          Ненецкий муниципальный район( кроме г. Дудинка)          Туруханский район***          Уярский район***          Эвенкийский муниципальный район ***</p>	
4	КГБУЗ «Канская межрайонная детская больница»	<p>г. Канск          Канский район          Абанский район          Дзержинский район          Иланский район          Ирбейский район          Нижнеингашский район          Тасеевский район</p>	<p>г. Канск,          ул. Урицкого 15          телефон:          8(39161)2-97-38          Электронная почта:          kansk.vdb@yandex.ru</p>
5	КГБУЗ «Краевой центр охраны материнства и детства № 2» г. Ачинск	<p>г. Ачинск          Ачинский район          Бирилюсский район          Боготольский район          Большеулуйский район          Козульский район          Назаровский район          Тюхтетский муниципальный округ          Ужурский район          Шарыповский муниципальный округ          ЗАТО п Солнечный</p>	<p>г. Ачинск, м-н 7, дом 8          кабинет 19          телефон:          8(39151)-6-87-48          Электронная почта:          statist-gdb@mail.ru</p>
	КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница»	<p>г. Минусинск          Минусинский район          Ермаковский район          Идринский район</p>	<p>662606, г. Минусинск,          ул. Ленина 56          тел.8(39132)2-62-52,          2-21-86</p>

	Каратузский район Краснотуранский район Курагинский район Шушенский район	эл.почта: detimgdp@yandex.ru
КГБУЗ «Норильская межрайонная детская больница»	г. Норильск г. Дудинка	663318г. Норильск л. Талнахская , д.57а 8(3919) 43-38-91 22-56-13, 34-32-91 эл. почта office@ndgb.ru

\*\*\*- паллиативная патронажная служба оказывает помощь в форме телекоммуникаций; консультаций медицинских организаций; осуществляет обеспечение медицинскими изделиями для использования на дому.



Приложение № 3  
к приказу министерства  
здравоохранения  
Красноярского края  
от 07.02.23 2023 № 155-ор/2

**Мероприятия по организации проведения искусственной  
вентиляции легких на дому при оказании паллиативной медицинской  
помощи**

1. Настоящие мероприятия по организации проведения искусственной вентиляции легких на дому при оказании паллиативной медицинской помощи детям (далее - мероприятия) в Красноярском крае устанавливают правила проведения искусственной вентиляции легких (далее - ИВЛ на дому) при оказании паллиативной медицинской помощи.

2. Длительная ИВЛ на дому проводится детям со следующими заболеваниями:

- нервно-мышечные заболевания (врожденная миопатия; болезнь Лейга (синоним: синдром Ли));

- мышечная дистрофия Дюшенна, Эрба и другие, спинальные мышечные атрофии Верднига-Гоффмана, Кугельберга-Веландера и другие миастении);

- нарушения дыхания центрального генеза (центральный гиповентиляционный синдром – синдром «проклятья Ундины», различные постинфекционные, постишемические, посттравматические, опухолевые поражения головного и спинного мозга, аномалии развития головного мозга – синдром Арнольда - Киари и др.);

- повреждения легочной паренхимы (бронхолегочная дисплазия, муковисцидоз, фиброз ткани легкого, хроническая эмфизема);

- нарушение проходимости дыхательных путей (синдром сонного апноэ, аномалии развития дыхательных путей);

- иные состояния, требующие вентиляционной поддержки.

3. ИВЛ на дому проводят неизлечимо больным детям с установленными медицинскими показаниями для оказания паллиативной медицинской помощи, не требующей интенсивной терапии и стационарного наблюдения.

4. Медицинские показания к проведению ИВЛ на дому устанавливает врачебная комиссия, индивидуально для каждого пациента.

6. Медицинские показания к проведению ИВЛ на дому:

- неспособность быть полностью отключенным от вентиляционной поддержки;

- прогрессирование основного заболевания, требующего вентиляционной поддержки.

7. Противопоказания к проведению ИВЛ на дому:





- наличие нестабильного клинического состояния ребенка, требующее объема медицинской помощи, который не может быть оказан в домашних условиях;

- отказ законных представителей ребенка младше 15 лет или самого ребенка старше 15 лет получать ИВЛ на дому;

- невозможность обеспечения необходимого медицинского наблюдения ребенка по месту жительства при значительной его территориальной удаленности от медицинской организации, осуществляющей наблюдение за ребенком;

- недостаточное количество лиц, осуществляющих уход за ребенком на дому и прошедших соответствующее обучение (минимальное количество 2 человека).

8. Обязательными условиями перевода ребенка на ИВЛ на дому являются:

- готовность родителей или иных законных представителей ребенка к осуществлению ухода за ребенком при проведении ИВЛ на дому;

- доступность медицинских служб в случае экстренных ситуаций (круглосуточная телефонная связь, время подъезда не более 0,5 - 1 часа);

- оформление родителями информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (проведение ИВЛ на дому) - приложение № 1;

- анкета о состоянии домашних условий пациента, нуждающегося в оказании паллиативной медицинской помощи на дому с использованием медицинских изделий, предназначенных для поддержания функции органов и систем человека (приложение № 2), оформляется медицинской организацией, которая готовит ребенка к переводу на ИВЛ на дому;

- наличие навыков ухода за пациентом на ИВЛ, навыков работы с медицинскими изделиями у законных представителей ребенка, осуществляющих уход (приложение № 3);

- наличие у законных представителей ребенка, осуществляющих уход, навыков оказания неотложной помощи с оформлением акта ознакомления родителей с алгоритмом действия в критических ситуациях (приложение № 4);

- обучение родителей/законных представителей, осуществляющих уход за ребенком, принципам ухода за пациентом, находящимся на ИВЛ, согласно предложенному перечню тем (приложение № 5).

9. В период нахождения ребенка в стационаре и установлении медицинских показаний для перевода на ИВЛ на дому врач анестезиолог - реаниматолог осуществляет подбор аппарата ИВЛ, в течение не менее 14 дней проводит обучение законных представителей ребенка, лиц, осуществляющих уход за ребенком, принципам работы оборудования, ухода за ребенком, находящимся на ИВЛ, алгоритму действий в критических ситуациях. Алгоритм составляется врачом реаниматологом, проводившим обучение, ознакомление с алгоритмом законных представителей ребенка оформляется актом, который составляется в 2-х экземплярах, первый



передается выездной патронажной службе паллиативной медицинской помощи детям, второй - законным представителям ребенка.

10. Транспортировка ребенка при переводе на ИВЛ на дому осуществляется специализированным транспортом учреждения, осуществляющего перевод ребенка, в сопровождении врача - реаниматолога .

11. При переводе ребенка на ИВЛ на дому лечащий врач учреждения, осуществляющего перевод ребенка, заблаговременно (не менее чем за 3 рабочих дня) информирует:

- медицинскую организацию по месту жительства/прикрепления ребенка;

- выездную патронажную службу паллиативной медицинской помощи детям.

12. Учреждение, к которому территориально прикреплен ребенок, нуждающийся в оказании паллиативной медицинской помощи и подлежащий ИВЛ на дому, по факту получения информации информируют территориальную жилищно - эксплуатационную службу о проживании в радиусе ее обслуживания пациента, находящегося на длительной ИВЛ и жизненно зависимого от бесперебойности снабжения электроэнергией.

13. Кратность посещения ребенка, находящегося на ИВЛ на дому, состав специалистов, клиничко - социальные параметры наблюдения устанавливаются врачом анестезиологом - реаниматологом совместно с врачом по паллиативной помощи в соответствии с состоянием ребенка по основному заболеванию и с учетом его нахождения на ИВЛ.

Заместитель министра здравоохранения  
Красноярского края



М.Ю. Бичурина



*Приложение № 1  
к мероприятиям по организации  
проведения искусственной вентиляции  
легких на дому при оказании паллиативной  
медицинской помощи*

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство (проведение искусственной вентиляции  
легких на дому)**

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО одного из родителей, законных представителей ребенка)  
ознакомлен(а) с решением врачебной комиссии о возможности  
проведения моему ребенку

\_\_\_\_\_  
(ФИО пациента, дата рождения)  
паллиативной медицинской помощи на дому.

Я согласен(а) с тем, что на данный момент целью врачей и моей целью является улучшение качества жизни моего ребенка. Мне разъяснили, что данную цель можно достичь комплексом паллиативных мероприятий.

В связи с этим, я подтверждаю свое желание и даю свое согласие на проведение искусственной вентиляции легких моему ребенку в домашних условиях.

Я осознаю, что несу всю юридическую ответственность за осуществление непосредственного ухода за ребенком на дому, включая санацию верхних и нижних дыхательных путей и уход за зондами и катетерами.

Мне разъяснили, что на дому мой ребенок будет наблюдаться сотрудниками выездной патронажной службы (полное название медицинской организации): педиатром участковым, медицинской сестрой, анестезиологом-реаниматологом, сервисным инженером.

Я подтверждаю, что мне разъяснили и предоставили в письменном виде алгоритм действий на случай развития кризисных ситуаций на дому.

Я понимаю, что в случае отказа аппаратуры:  
могут возникать риски для жизни и здоровья моего ребенка, поэтому необходимо связаться с выездной патронажной службой, или в случае затруднения дыхания необходимо немедленно подключить пациента к дыханию через мешок Амбу и вызвать бригаду скорой медицинской помощи для госпитализации моего ребенка в ближайшую стационарную медицинскую организацию, имеющую в своей структуре отделение анестезиологии-реанимации или блок (палату) реанимации и интенсивной терапии, обеспечивающие круглосуточное медицинское наблюдение и лечение детей.

На все вопросы, касающиеся здоровья моего ребенка, я получил(а) ответы, которые были мне полностью понятны.

Мое согласие является добровольным и может быть отозвано мною в любое время.

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подписано мною в присутствии двух медицинских работников.

ФИО, подпись законного представителя пациента

ФИО, подпись лечащего врача

ФИО, подпись заведующего отделением



*Приложение № 2  
к мероприятиям по организации  
проведения искусственной вентиляции  
легких на дому при оказании паллиативной  
медицинской помощи*

Анкета

о состоянии домашних условий ребенка,  
нуждающегося в оказании паллиативной медицинской помощи  
на дому с использованием медицинских изделий, предназначенных  
для поддержания функции органов и систем организма человека  
(далее – медицинское оборудование)<sup>1</sup>

Фамилия, имя, отчество пациента \_\_\_\_\_  
Возраст \_\_\_\_\_  
Домашний адрес фактический \_\_\_\_\_  
Домашний адрес по регистрации \_\_\_\_\_  
Номер страхового медицинского полиса \_\_\_\_\_

Жилище пациента представляет собой:

- Дом  
 Квартира  
 Иное (что)

Дома имеется стационарный телефон

- Да  Нет

На входе в жилище имеется домофон

- Да  Нет

Доступность жилья для экстренной службы спасения (подъезд к дому)

- Да  Нет

Наличие медицинских организаций, в структуре которых имеется отделение анестезиологии-реанимации или блок (палату) реанимации и интенсивной терапии и обеспечивающие круглосуточное медицинское наблюдение и лечение детей и взрослых в часовой транспортной доступности:

- Да  Нет

Энергоснабжение

Дом имеет электроснабжение

- Да  Нет

Электрические розетки заземлены

- Да  Нет  Нет сведений

---

<sup>1</sup> Заполняется пациентом (законным представителем).

Используются удлинители, соответствующие техническим требованиям для использования медицинского оборудования в домашних условиях

Да  Нет  Нет сведений

Напряжение в электросети достаточное для использования медицинского оборудования в домашних условиях

Да  Нет  Нет сведений

Пожароопасность

Аварийный выход и план действий при пожаре имеется

Да  Нет  Нет сведений

Имеются пожарные огнетушители

Да  Нет

Пожарные огнетушители находятся в исправном состоянии

Да  Нет

Возможно ли обеспечить полноценный доступ к медицинскому оборудованию

Да  Нет  Нет сведений

Размер входной двери позволяет беспрепятственно проносить медицинское оборудование

Да  Нет  Нет сведений

Наличие в доме насекомых и (или) грызунов

Да  Есть

Препятствия для безопасного передвижения по дому (пороги и иные препятствия) отсутствуют

Нет  Имеются:

---

Холодильник/морозильная камера технически исправны

Да  Нет

Централизованное водоснабжение

Да  Нет

Отопительная система жилища представляет собой:

централизованное отопление

нецентрализованное отопление (пояснить, какое именно)

---

В жилище имеются системы кондиционирования и охлаждения воздуха



Да  Нет

Системы кондиционирования и охлаждения воздуха жилища представляют собой:

кондиционер

сплит-систему

увлажнитель воздуха

иное (указать)

---

Домашние животные (вид, количество)

Да  Нет

Если Вы ответили «да», уточните вид и количество животных \_\_\_\_\_

Рекомендации по приведению жилищных условий к возможным для оказания паллиативной медицинской помощи на дому с использованием медицинского оборудования<sup>1</sup>

1.

2.

3.

4.

Родители пациента или лица, осуществляющие уход (не менее двух человек), подтверждают, что им понятны проблемы безопасности и рекомендации по улучшению безопасности пациента

Да  Нет (врач поставлен об этом в известность)  Нет сведений

Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Приложение № 3  
к мероприятиям по организации  
проведения искусственной вентиляции  
легких на дому при оказании  
паллиативной медицинской помощи*

**Перечень навыков по уходу за ребенком, находящимся на длительной ИВЛ на дому**

Фамилия Имя Отчество и степень родства:

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_

Необходимая кратность проверки навыков медперсоналом хосписа

(указать частоту)

№ п/п	компетенции	Теоретическую часть прослушал Дата, подпись	Контроль практического навыка Дата, подпись	Контроль практического навыка Дата, подпись	Контроль практического навыка Дата, подпись	Контроль практического навыка Дата, подпись	Контроль практического навыка Дата, подпись
1.	Навыки профилактики инфекций:  -гигиена рук  -стандартные методы профилактики  -средства индивидуальной защиты	1.					
		2.					
2.	Уход за трахеостомой и навыки	1.					



	плановой санации трахеобронхиального дерева						
3.	Основы клинической оценки дыхательной системы ребенка (ЧД, ЧСС, цианоз и др.)	1.					
		2.					
4.	Включение и выключение аппарата для инвазивной ИВЛ с соответствующим вентиляционным контуром (с увлажнителем и без него)	1.					
		2.					
5.	Умение пользоваться аппаратом ИВЛ без подключения к электрической сети переменного тока (при помощи внутренней батареи)	1					
		2					
6.	Знание аварийной сигнализации и алгоритмов действий при оповещении об опасностях и неисправностях						
		2.					
7.	Умение осуществлять и документировать проверку безопасности режима инвазивной ИВЛ	1.					
		2.					
8.	Знание ситуаций, в которых необходим ручной режим вентиляции, и возможных осложнений этой процедуры	1.					
		2.					
9.	Проверка и документирование технического состояния оборудования для инвазивной ИВЛ	1.					
		2.					

10.	Навыки энтерального питания (назогастральный зонд; гастростома)	1.					
		2.					

Ответственный за обучение (ФИО, должность, место работы)

Подпись \_\_\_\_\_



*Приложение № 4*

*к мероприятиям по организации проведения  
искусственной вентиляции легких на дому  
при оказании паллиативной медицинской  
помощи*

**Акт ознакомления родителей , лиц, осуществляющих уход за ребенком,  
с алгоритмами действий в критических ситуациях**

Настоящим Актом подтверждаем, что мы, родители (законные представители)  
ребенка, лица, осуществляющие уход за ребенком, \_\_\_\_\_  
(*ФИО ребенка, дата рождения*),

мать \_\_\_\_\_  
*ФИО*

паспорт: \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ дата: \_\_\_\_\_

отец \_\_\_\_\_  
*ФИО*

паспорт: \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ дата: \_\_\_\_\_

иной законный представитель ребенка  
\_\_\_\_\_  
*ФИО*

паспорт: \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ дата: \_\_\_\_\_

лицо, осуществляющее уход за ребенком  
\_\_\_\_\_  
*ФИО*

паспорт: \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ дата: \_\_\_\_\_

Реквизиты документа, подтверждающие право осуществлять уход за ребенком  
(согласие родителей) \_\_\_\_\_

в полном объеме информированы о своей ответственности за адекватные  
доврачебные действия в критических ситуациях, связанных с режимом  
инвазивной ИВЛ на дому. На все свои вопросы мы получили доступные  
нашему пониманию ответы и предупреждены об угрозе жизни для нашего  
ребенка в случае развития у него критических неотложных ситуаций.  
В случае смены места жительства ребенка (в том числе кратковременной)  
мы обязуемся заранее и своевременно информировать об этом сотрудников  
выездной службы в целях оптимальной организации медицинской помощи,  
в том числе и неотложной.

Подписи родителей или иных законных представителей ребенка:

Мать: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись ФИО

Отец: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись ФИО

иной законный представитель ребенка:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись ФИО

Ответственный за обучение родителей врач:

/ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Должность ФИО подпись

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_



*Приложение № 5  
к мероприятиям по организации проведения  
искусственной вентиляции легких на дому  
при оказании паллиативной медицинской  
помощи*

**Рекомендуемый перечень тем для обучения родителей, лиц, осуществляющих уход за ребенком, принципам ухода за пациентом, находящимся на искусственной вентиляции легких на дому**

1. Основы возрастной анатомии и физиологии дыхательной системы.
2. Принципы клинической оценки респираторной системы на искусственной вентиляции легких (далее – ИВЛ).
3. Трахеостомия: цели, показания и уход за трахеостомой; осложнения трахеостомии.
4. Алгоритмы действий лиц, осуществляющих уход за пациентом на ИВЛ, при возникновении критических и неотложных состояний.
5. Сердечно-легочная реанимация пациента с трахеостомой.
6. Теоретические основы ИВЛ.
7. Практическое применение портативного аппарата ИВЛ и вспомогательного оборудования к нему.
8. Технические навыки работы с портативным аппаратом для инвазивной ИВЛ: применение респираторного контура, программирование аппарата, аварийная сигнализация и неотложные мероприятия при ее включении.
9. Основы организации питания пациента на ИВЛ на дому, уход за гастростомой или зондом при назогастральном питании.
10. Принципы профилактики инфекций и меры индивидуальной защиты при проведении ИВЛ в домашних условиях.

**Мероприятия по организации работы  
отделения (койки) паллиативной медицинской помощи детям**

1. Отделение (койки) паллиативной медицинской помощи детям (далее - отделение) является структурным подразделением медицинской организации, создано с целью оказания паллиативной специализированной медицинской помощи детям, в том числе проживающим в стационарных организациях социального обслуживания.

Информация о работе отделения размещается на официальном сайте медицинской организации.

2. Отделение осуществляет:

- оказание паллиативной специализированной медицинской помощи детям в стационарных условиях;
- назначение с целью обезболивания наркотических средств, психотропных веществ, включенных в списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;
- уход за детьми, в том числе профилактика и лечение хронических ран, уход за дренажами и стомами, кормление, включая парентеральное питание;
- оказание психологической помощи детям, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, и их родителям или законным представителям;
- консультирование родителей или законных представителей, иных родственников детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, обучение их навыкам ухода за тяжелобольными детьми;
- оказание консультативной помощи врачам - специалистам по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи детям;
- взаимодействие с органами социальной защиты и организациями системы социального обслуживания, предоставляющим социальные услуги детям в стационарной форме социального обслуживания и организациями, социального обслуживания;
- направление детей под наблюдение медицинской организации, оказывающей паллиативную специализированную медицинскую помощь детям в амбулаторных условиях;

3. Основные медицинские показания к оказанию паллиативной специализированной медицинской помощи детям в отделении:

- необходимость коррекции фармакотерапии болевого синдрома с индивидуальным подбором доз наркотических лекарственных препаратов



при невозможности достичь эффективного и безопасного обезболивания в амбулаторных условиях;

- необходимость коррекции противосудорожной терапии при невозможности осуществить полный контроль судорожного синдрома в амбулаторных условиях;

- терминальное состояние ребенка при согласии его родителей (законных представителей) на госпитализацию и помощь в конце жизни;

- необходимость госпитализации ребенка по социальным показаниям (социальная передышка), в том числе без присутствия его родителя (законного представителя);

- необходимость обучения родителей ребенка (законных представителей) навыкам ухода;

- необходимость проведения комплекса мер психологического характера в отношении ребенка и членов его семьи, которые не могут быть осуществлены в амбулаторных условиях.

4. Структура отделения и штатная численность устанавливаются главным врачом медицинской организации, в котором создано отделение, исходя из объема лечебно - диагностической работы и численности пациентов (коэффициент мощности).

5. В отделение госпитализируются дети в возрасте от 0 до 18 лет.

6. Госпитализация в отделение регламентируется локальными нормативными актами медицинской организации, которые размещаются на официальном сайте медицинской организации.

7. Медицинская организация при направлении ребенка в отделение паллиативной медицинской помощи предоставляет следующие документы:

- направление на госпитализацию;

- протокол врачебной комиссии о признании ребенка нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи;

- выписку из медицинской карты ребенка, получившего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или медицинской карты стационарного больного с указанием диагноза, результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований, рекомендаций по диагностике и лечению, иным мероприятиям;

- полис обязательного медицинского страхования;

- справку, подтверждающую факт установления инвалидности, выдаваемую федеральными учреждениями медико - социальной экспертизы, индивидуальную программу реабилитации/абилитации инвалида, ребенка инвалида (при наличии);

- справку об отсутствии контактов с инфекционными больными;

- результаты анализов: общий анализ крови, общий анализ мочи, бактериальный посев кала на диз. группу и сальмонеллез, мазок из зева и носа на дифтерию (давность не более 10 дней), обследование на гепатиты В и С (давность не более 3 месяцев), ВИЧ (давность не более года).

8. В отделении создаются условия, обеспечивающие возможность посещения ребенка родственниками, пребывания родителей (законных

8. В отделении создаются условия, обеспечивающие возможность посещения ребенка родственниками, пребывания родителей (законных представителей), в том числе круглосуточное, с ребенком с учетом состояния ребенка, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и/или находящихся в медицинской организации.

9. При круглосуточном пребывании родителей в отделении для обеспечения ухода за ребенком родители (законные представители) предоставляют: результаты флюорографического обследования (давностью не более года), справку об отсутствии контактов с инфекционными больными (давностью не более 3-х дней).

10. Длительность оказания паллиативной медицинской помощи в отделении составляет 21 день. Пребывание ребенка в отделении свыше 21 дня осуществляется по медицинским показаниям на основании решения врачебной комиссии медицинской организации.

11. На каждого ребенка, оформляется медицинская карта ребенка, получающего помощь в отделении паллиативной медицинской помощи.

12. Маршрутизация детей для оказания паллиативной специализированной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется согласно приложению № 1.

Заместитель министра здравоохранения  
Красноярского края



М.Ю. Бичурина



*Приложение № 1  
к мероприятиям по организации работы  
отделения (коек) паллиативной  
медицинской помощи детям*

**Маршрутизация детей для оказания паллиативной специализированной  
медицинской помощи детям в стационарных условиях**

№ п/п	Медицинская организация, где организована специализированная паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях	Территория обслуживания (по месту регистрации или фактического пребывания ребенка, получающего паллиативную медицинскую помощь)	Фактический адрес, контактные данные медицинской организации
1.	КГКУЗ «Красноярский краевой специализированный дом ребенка № 3»	г. Красноярск, г. Дивногорск г. Сосновоборск г. Канск п. Кедровый г. Железногорск г. Зеленогорск г. Лесосибирск г. Норильск г. Игарка Абанский район Балахтинский район Березовский район Богучанский район Большемуртинский район Дзержинский район Емельяновский район Енисейский район Ермаковский район Идринский район Иланский район Ирбейский район Казачинский район Канский район Каратузский район Кежемский район Краснотуранский район	г. Красноярск, ул. Шевченко 30А. телефон: 8 (391) 266-98-83

		<p>Курагинский район  Манский район  Минусинский район  Мотыгинский район  Нижнеингашский район  Новоселовский район  Партизанский район  Пировский муниципальный округ  Рыбинский район  Саянский район  Северо-Енисейский район  Сухобузимский район  Таймырский Долгано-Ненецкий муниципальный район (кроме г. Дудинка)  Тасеевский район  Туруханский район  Уярский район  Шушенский район  Эвенкийский муниципальный район</p>	
2.	<p>КГБУЗ  «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2»  г. Ачинск</p>	<p>г. Ачинск  Ачинский район  Бирилюсский район  Боготольский район  Большеулуйский район  Козульский район  Назаровский район  Тюхтетский муниципальный округ  Ужурский район  Шарыповский муниципальный округ  ЗАТО п. Солнечный</p>	<p>г. Ачинск,  пр-т Лапенкова,  стр. 17  8 (39151) 6 83 39</p>
	<p>КГБУЗ  «Норильская межрайонная детская больница»</p>	<p>г. Норильск  г. Дудинка</p>	<p>663318г.  Норильск  л. Талнахская ,  д.57а  8(3919) 43-38-91  22-56-13,34-32-91  эл. почта  office@ndgb.ru</p>



Приложение № 5  
к приказу министерства  
здравоохранения  
Красноярского края  
от 07.02.2023 № 155-орл

**Перечень краевых государственных учреждений здравоохранения,  
осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий,  
предназначенных для использования на дому, переданных пациенту  
(его законному представителю)**

Наименование краевого государственного учреждения здравоохранения, осуществляющего техническое обслуживание медицинских изделий	Территория обслуживания (по месту регистрации или фактического пребывания ребенка, получающего паллиативную медицинскую помощь на дому)
<b>г. Красноярск</b>	
КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская клиническая больница № 1»	Октябрьский, Железнодорожный, Центральный, Советский районы г. Красноярска
КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская клиническая больница № 5»	Ленинский, Кировский, Свердловский районы г. Красноярска
<b>Центральная группа районов</b>	
КГКУЗ «Красноярский краевой специализированный дом ребенка № 3»	г. Дивногорск г. Сосновоборск п. Кедровый Емельяновский район Березовский район Манский район г. Железногорск г. Зеленогорск
КГБУЗ «Новоселовская районная больница»	Новоселовский район
КГБУЗ «Балахтинская районная больница»	Балахтинский район
КГБУЗ «Сухобузимская районная больница»	Сухобузимский район
КГБУЗ «Большемуртинская районная больница»	Большемуртинский район
<b>Восточная группа районов</b>	
КГБУЗ «Канская межрайонная детская больница»	г. Канск Канский район
КГБУЗ «Абанская районная больница»	Абанский район
КГБУЗ «Бородинская городская больница»	г. Бородино

КГБУЗ «Иланская районная больница»	Иланский район
КГБУЗ «Ирбейская районная больница»	Ирбейский район
КГБУЗ «Нижнеингашская районная больница»	Нижнеингашский район
КГБУЗ «Партизанская районная больница»	Партизанский район
КГБУЗ «Рыбинская районная больница»	Рыбинский район
КГБУЗ «Саянская районная больница»	Саянский район
КГБУЗ «Уярская районная больница»	Уярский район
КГБУЗ «Тасеевская районная больница»	Тасеевский район
<b>Западная группа районов</b>	
КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства № 2»	г. Ачинск Ачинский район
КГБУЗ «Бирилюсская районная больница»	Бирилюсский район
КГБУЗ «Боготольская районная больница»	Боготольский район
КГБУЗ «Большеулуйская районная больница»	Большеулуйский район
КГБУЗ «Козульская районная больница»	Козульский район
КГБУЗ «Назаровская районная больница»	Назаровский район
КГБУЗ «Тюхтетская районная больница»	Тюхтетский муниципальный округ
КГБУЗ «Ужурская районная больница»	Ужурский район
КГБУЗ «Шарыповская районная больница»	Шарыповский муниципальный округ
КГБУЗ «Городская больница ЗАТО п. Солнечный»	ЗАТО п. Солнечный
<b>Южная группа районов</b>	
КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница»	г. Минусинск Минусинский район
КГБУЗ «Ермаковская районная больница»	Ермаковский район
КГБУЗ «Идринская районная больница»	Идринский район
КГБУЗ «Каратузская районная больница»	Каратузский район
КГБУЗ «Краснотуранская районная больница»	Краснотуранский район



больница»	
КГБУЗ «Курагинская районная больница»	Курагинский район
КГБУЗ «Шушенская районная больница»	Шушенский район
<b>Северная группа районов:</b>	
КГБУЗ «Богучанская районная больница»	Богучанский район
КГБУЗ «Енисейская районная больница»	Енисейский район
КГБУЗ «Казачинская районная больница»	Казачинский район
КГБУЗ «Кежемская районная больница»	Кежемский район
КГБУЗ «Лесосибирская районная больница»	г. Лесосибирск
КГБУЗ «Мотыгинская районная больница»	Мотыгинский район
КГБУЗ «Норильская городская детская больница»	г. Норильск, г. Дудинка
КГБУЗ «Игарская районная больница»	г. Игарка
КГБУЗ «Пировская районная больница»	Пировский муниципальный округ
КГБУЗ «Северо-Енисейская районная больница»	Северо-Енисейский район
КГБУЗ «Таймырская межрайонная больница»	Таймырский Долгано-Ненецкий муниципальный район (кроме г. Дудинка)
КГБУЗ «Туруханская районная больница»	Туруханский район
КГБУЗ «Туринская межрайонная больница», КГБУЗ «Байкитская районная больница №1» КГБУЗ «Ванаварская районная больница №2»	Эвенкийский муниципальный район

Заместитель министра здравоохранения  
Красноярского края



М.Ю. Бичурина